

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

60

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

NICOLAS SCHÉRÉDINE

Né le 1^{er} Janvier 1897, à Omsk (Russie)

Sur la nécessité d'une vérification
scientifique des décès

Président de Thèse : M. le Professeur L. TANON

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN 91

—
1931

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1931

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

NICOLAS SCHÉRÉDINE

Né le 1^{er} Janvier 1897, à Omsk (Russie)

Sur la nécessité d'une vérification scientifique des décès

Président de Thèse : M. le Professeur L. TANON

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1931

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	CUNEO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	LENORMANT.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	Vaquez.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Professeur sans chaire	BRANCA.
Professeur sans chaire	MAUCLAIRE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE...	Chimie biologique.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
Gaudart-d'Allaines.	Pathologie chirurgicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GARNIER	Pathologie expérimentale.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HOVELACQUE.	Anatomie.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.

MM.

LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX	Anatomie pathologique.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale.
MERCIER (Fern.)..	Pharmacologie.
MILLOT	Histologie.
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
MULON	Histologie.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SEZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophthalmologie.
VERNE	Histologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

BUSQUET	Pharmacologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.
LEQUEUX	Obstétrique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE ..	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	CHEVASSU . . .	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	HEITZ-BOYER .	Clinique chirurgicale.
DEBRÉ	Clinique médicale.	MATHIEU	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
FIESSINGER. . .	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LÉRI	Clinique médicale.	SCHWARTZ . . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	LE LORIER . . .	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVÉ-SOLAL . .	Clinique obstétricale.
		METZGER	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON REGRETTE PERE ET MA MERE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS TANON

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine
de Paris ;

Médecin-Chef des Services d'Hygiène de la Préfecture
de Police ;

Conseiller technique sanitaire du Ministère
de la Santé publique.

*Qui a bien voulu accepter de
présider cette thèse. Nos hom-
mages avec nos remerciements sin-
cères.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR CLERC

*Qui nous a guidé de ses précieux
conseils et encouragé de sa sympa-
thie. Nous le remercions de tout
notre cœur.*

A MA CHERE FEMME
ET MA PETITE FILLE BIEN AIMEE

A MON BÉAU-PÈRE

*Qui a remplacé mon père. Je lui
dois reconnaissance éternelle et
inoubliable.*

A MON TRES CHER AMI ET COLLEGE
DOCTEUR BORIS DOLTO

A MADAME ET MONSIEUR TRAHTENBROIT

*Qu'ils veuillent bien accepter
l'assurance de nos meilleurs senti-
ments.*

A MON CHER FRÈRE MICHEL

PRÉAMBULE

Des exemples récents de personnes en état de mort apparente qui furent inhumées ou sur le point de l'être, ont ravivé l'intérêt et l'angoisse que cette question inspira toujours...

M. le Député Louis Gardiol et plusieurs de ses collègues, membres de la Commission d'Hygiène de la Chambre française, se sont fait l'écho des préoccupations du public et ont présenté à la Commission une proposition de résolution tendant à inviter le Gouvernement à réglementer, après l'avis de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, la vérification de décès.

Ils demandent qu'une épreuve médico-scientifique nettement affirmative de la certitude de la mort soit rendue obligatoire dans le but de restreindre le plus possible le nombre des inhumations en état de mort apparente.

Un hygiéniste distingué, M. le député Fié, a fait sur cette proposition un rapport précis et documenté.

Il nous a paru utile de faire une brève mise au point de la question des inhumations précipitées.

Division. — Après avoir rappelé les causes de la mort apparente et quelques exemples d'inhumations prématurées, nous étudions la législation relative aux inhumations, puis indiquant les quelques procédés pouvant permettre de certifier la mort, nous concluons avec M. le député Fié en affirmant la nécessité de rendre obligatoire pour la vérification des décès une épreuve médico-scientifique de la mort.

Nous nous permettons d'adresser tous nos remerciements à M. le professeur Louis Tanon, professeur d'hygiène à la Faculté de Médecine, qui nous a indiqué le sujet de cette thèse et a bien voulu en accepter la présidence, et à l'enseignement duquel nous devons une solide instruction hygiénique, qu'il reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude.

Nous remercions aussi le D^r Clerc qui nous a guidé de ses précieux conseils au cours de ce travail.

DÉFINITION

DE LA MORT APPARENTE

SES CAUSES

La question de la mort apparente se pose souvent au praticien : c'est le nouveau-né tant attendu, la femme atteinte d'hémorragie, le blessé, le noyé, le pendu, l'électrocuté, l'asphyxié, le léthargique, l'éclamptique, le cataleptique, l'individu frappé de mort subite, qui donnent l'occasion d'agiter ce problème.

Dans certains cas, les manifestations de la vie semblent abolies, alors que la vie continue, mais d'une façon latente, le sujet n'a du cadavre que l'aspect.

Il n'y a pas lieu de s'étonner qu'un tel état, en répandant ce silence trompeur sur l'organisme entier, puisse prêter à confusion avec la mort réelle et exposer ceux qui en sont les malheureuses victimes à l'horrible danger d'être inhumés ou incinérés alors que la vie coule encore en eux, mais d'une façon latente; et on comprend sans peine que l'éventualité d'une aussi grave erreur, terrifiante par ses conséquences, ait pu de tout temps troubler les esprits et retenir l'attention des observateurs.

La suppression absolue de l'une des trois fonctions essentielles à la vie commune, ce trépied vital, qui est constitué par le cœur, les poumons, le cerveau entraîne promptement l'arrêt des autres et la mort de l'ensemble. Cette suppression radicale est parfois remplacée par un simple affaissement de l'une de ces fonctions qui en rend à nos yeux la persistance inappréciable. En pareil cas, les autres activités vitales peuvent continuer à se dérouler et à témoigner par là du maintien de la vie; mais dans certains autres, elles se dépriment à leur tour et répandent un silence trompeur sur l'économie tout entière. C'est la mort apparente.

Non seulement la personne en état de mort apparente est privée de tout mouvement, de toute sensibilité, mais encore sa respiration et sa circulation sont tellement affaiblies, qu'elles ne sont plus appréciables à nos sens. Et, cependant, la vie n'est pas pour cela définitivement éteinte, puisque, après un certain délai, elle peut reprendre son fonctionnement normal.

La mort apparente c'est donc la vie sous les dehors de la mort. Elle résulte généralement de divers états morbides ayant eux-mêmes des causes aussi nombreuses que variées, telles :

a) Mort apparente de causes physiques :

Agents physiques. — Electrocution,
Fulguration,
L'insolation,
Le froid.

b) Mort apparente chez les malades atteints de maladies infectieuses :

Fièvre typhoïde,

Peste,

Choléra, etc., etc.

c) Mort apparente dans les affections nerveuses :

Léthargie hystérique,

Emotions chez les névropathes.

d) Mort apparente par intoxication :

Par des gaz : oxyde de carbone,

Chloroforme à l'état de vapeurs,

Et par alcool.

e) Mort apparente chez les asphyxiés :

Par strangulation,

Par pendaison,

Par empoisonnement (cyanures),

Par submersion.

f) Mort apparente chez le nouveau-né.

Ces différents états morbides aboutissent tous à la syncope qui est élément occasionnel principal de la mort apparente.

Le mot syncope est employé pour désigner non plus l'arrêt intégral des mouvements cardiaques, mais une situation caractérisée par une faiblesse et un éloignement plus ou moins prononcé de ses contractions où le pouls cesse d'être perçu pour un temps dans les artères, et pendant laquelle les bruits du cœur persistent faibles, rares, difficiles à entendre; dans la syncope, l'état plus ou moins complet de mort apparente est donc la règle.

EXEMPLES D'INHUMATIONS PRÉMATURÉES

Par conséquent, craindre d'être enterré vivant, par suite de mort apparente, est très légitime et se trouve pleinement justifié non seulement par une possibilité d'ordre physiologique scientifiquement établie et qui n'est pas contestée, mais encore par d'innombrables cas relevés dans tous les pays, à travers les âges, et dont maints savants et praticiens de toutes époques, depuis la haute antiquité jusqu'à nos jours, ont, en des milliers d'écrits et d'ouvrages, consacré l'authenticité.

Deux exemples sont tirés du livre des Rois (lib. III, cap. XVII; lib. IV, cap. IV) : le prophète Elie ressuscite le fils de la veuve et Elisée celui de la Sunamite. Dans ces deux cas, il ne s'agissait que de la suppression de la connaissance et de la respiration, tandis que dans la résurrection de Lazare (Saint Jean, cap. XI, 39) le signe certain de mort est indiqué.

La mort apparente a ses légendes, qu'on ne peut omettre. Dès la plus haute antiquité, on répandait

le bruit que des hommes étaient descendus du bûcher ou étaient sortis de là tombe pour reprendre leur place parmi les vivants. Platon parle d'un guerrier qui resta dix jours parmi les morts, et qui, porté chez lui, se ranima quand tout était disposé pour ses funérailles. Plutarque raconte qu'une personne étant tombée de haut sur le sol, parut morte, quoiqu'on ne vît aucune blessure, et se ranima tout à coup, au bout de trois jours, lorsqu'on la portait en terre. Apulée raconte dans tous ses détails (*Floridum*, lib. iv) l'anecdote d'*Asclepiade*, ce joli conte, dit Leclerc, d'un homme qu'on croyait mort et qu'il rendit à la vie.

On retrouve ces mêmes idées sur la mort apparente dans les poètes. La possibilité, la fréquence même de ces erreurs, étaient donc admises dans l'antiquité. A mesure qu'on se rapproche des temps modernes, les observations se multiplient. Mais c'est surtout à l'impulsion donnée par Winslow, en 1740, par Bruhier, en 1742, que la mort apparente a dû toute sa popularité. Winslow, dans sa dissertation, déclare qu'il a été lui-même, dans sa jeunesse, deux fois considéré comme mort.

Les publications de ce genre se multiplient. Durande rapporte des faits émouvants; Thierry demande que la vie de l'homme soit respectée et défendue à ses derniers moments; il propose l'établissement de maisons mortuaires (1785).

Nous laisserons de côté tout ce qui touche à la légende, toutes les observations fantaisistes, mensongères et romanesques d'inhumations précipitées.

Mais il est des faits indéniables, absolument authentiques, qui se présentent à nous avec toutes les garanties scientifiques. ~

Relevons d'abord les deux faits anciens les plus authentiques : Louis, dans sa lettre publiée en 1752, rapporte qu'une femme en couches, fuyant l'Hôtel-Dieu où régnait une épidémie, vint à pied chercher un asile à l'hôpital de la Salpêtrière. Tombée deux fois en syncope en chemin, elle éprouva le même accident à son arrivée; elle fut regardée comme morte, resta exposée à un froid rigoureux, dans une cour, puis elle fut transportée à la salle des morts. Quelque temps après un élève, ayant entendu des gémissements, vint, tout effrayé, en prévenir Louis, qui eut la douleur de trouver cette femme réellement morte, et d'acquiescer en même temps la certitude qu'elle avait fait des efforts pour sortir du linceul, dans lequel elle était enveloppée; elle avait une jambe par terre, hors du brancard, et un bras appuyé sur la barre du tréteau d'une table de dissection, à côté de laquelle elle avait été placée.

Le second cas est le fait célèbre de Rigaudeau. Rigaudeau, chirurgien aide-major des hôpitaux militaires et chirurgien juré accoucheur de Douay, fut appelé, le 8 septembre 1745, pour accoucher la femme de François Dumond. Quand il arrive, on lui dit que la femme était décédée depuis deux heures et qu'on n'avait pas trouvé de chirurgien pour lui faire subir l'opération césarienne. Il demande à voir la morte; elle était déjà ensevelie. Il fait ôter le

suaire, tâte le pouls au bras, sur le cœur, et au-dessus des clavicules et ne perçoit aucun mouvement. Il présente le miroir à la bouche et la glace n'est pas ternie. Les lèvres étaient couvertes d'écume et le ventre était prodigieusement gonflé. Après avoir fait la version par manœuvres internes, Rigauudeau extrait l'enfant, en apparence mort, mais qui, après trois heures de soins pour le ranimer, se mit à crier et pleurer avec autant de force que s'il était né heureusement.

Ce chirurgien voulut voir la mère une seconde fois; on l'avait encore ensevelie. Il est surpris de voir les bras et les jambes encore flexibles, quoique la jeune femme fût morte depuis près de sept heures. Il recommande de ne pas l'inhumer avant que ses membres ne soient roides et il conseille encore quelques soins. On lui apprend ensuite que la femme est ressuscitée après neuf heures et demie de mort apparente.

L'enfant et la mère reprirent si bien des forces qu'ils étaient tous deux pleins de vie le 10 août 1748.

On voit ici jusqu'à quel point de fausses apparences peuvent tromper.

Un fait bien remarquable a été communiqué au Sénat, en 1869. Il s'est passé à Bohaste, pendant une épidémie de choléra. Une jeune femme est prise subitement d'attaque de choléra. Considérée comme morte, elle est ensevelie et on procède à son enterrement seize heures après le décès; on entend du bruit dans le cercueil, on s'inquiète, et on se décide à

faire venir un médecin, M. Roger, qui fait ouvrir le cercueil et constate des restes de vie. Malgré les soins, la femme meurt dans la nuit et elle est définitivement enterrée le lendemain.

C'est un cas authentique d'inhumation pendant la vie. Sans doute, si un médecin était arrivé au début de la maladie, si la vérification du prétendu décès avait été faite, si l'ensevelissement n'avait pas eu lieu une heure après la mort supposée, et l'inhumation, contrairement à la loi, au bout de seize heures, l'erreur n'aurait pas été commise; mais les mêmes circonstances peuvent se reproduire, pendant une épidémie, dans les campagnes, où la vérification des décès ne se fait pas partout, et il est utile d'avoir établi, par un fait nouveau, que le danger d'être enterré vif n'est pas chimérique.

« Sans être peut-être aussi affirmatif que M. Tourdes, dit Brouardel, il n'est pas possible de nier que le fait ne soit possible. »

Les deux faits qui suivent ont été observés par des médecins et nous devons les admettre comme absolument certains dans tous leurs détails. C'est ainsi que les considère le Professeur Brouardel, à qui nous les empruntons : « Ces deux faits, dit-il, ne permettent aucun doute, ils sont contrôlés par des médecins ».

Il s'agit d'un condamné qui fut pendu à Boston, en 1858, et qui fut observé par les docteurs Clark, Ellis et Schaw. Le supplicié était resté pendu pendant vingt-cinq minutes, et lorsqu'on fit cesser la

suspension, il n'y avait plus ni bruit ni impulsions cardiaques, la pupille était dilatée, la mort, en un mot, paraissait ne faire l'objet d'aucun doute aux yeux des médecins. Mais voilà qu'une heure et demie après le commencement du supplice, un mouvement de pulsation régulier se montre dans la veine sous-clavière droite. « En appliquant l'oreille à la poitrine, on s'assura que cela dépendait bien du cœur, et l'on entendit 80 fois par minute un battement seul régulier et distinct, accompagné d'une impulsion légère. On ouvrit alors le thorax et on a mis à nu le cœur; l'oreillette droite se contractait et se dilatait avec énergie et régularité. A midi, le nombre des pulsations était de 40 par minute. Les mouvements spontanés cessèrent à deux heures quarante cinq minutes et l'irritabilité ne disparut qu'à plus de cinq heures après la pendaison.

Le second fait ressemble au premier, mais il n'y eut pas d'autopsie, puisque le supplicié se réveilla tandis qu'on le transportait à la salle d'autopsie. Il s'agit encore d'un criminel condamné à la pendaison; il portait autour du cou des ganglions qui neutralisaient en partie la constriction du nœud coulant qui l'enserrait. Cet individu resta pendu pendant vingt minutes, un médecin constata la mort et le corps du supplicié fut transporté au galop dans un fourgon à la salle d'autopsie. Quand le fourgon arriva, on fut surpris de voir se dresser un individu qui regardait avec des yeux effarés : le pendu était revenu à la vie. On télégraphia au ministère de la Justice pour

savoir ce qu'il fallait faire et le ministère répondit de surseoir et d'attendre. Il ne fallut pas attendre trop longtemps, car trois ou quatre heures après, le pendu mourait d'une congestion pulmonaire due, évidemment, aux suites de pendaison.

Le fait suivant est bien fait pour jeter l'effroi dans les esprits et troubler la conscience du médecin appelé à délivrer un certificat de décès. L'erreur, dans ce cas, a été commise par un professeur de médecine légale. Il s'agissait d'un homme de vingt-six ans, pendu par autorité de justice. A deux reprises, le docteur Sicor l'examina et déclara chaque fois que la mort était réelle. Le corps fut transporté à l'hôpital où il devait être autopsié. Là, on constata que le supplicié exécutait des mouvements respiratoires et râlait, la bouche couverte d'écume; bientôt après, on pouvait percevoir les pulsations radiales. Le supplicié vécut vingt-deux heures après avoir été dépendu, mais il ne reprit connaissance qu'imparfaitement. (Wiener, Med. Blatter, 1880.)

Voici maintenant deux faits beaucoup plus récents rapportés par le docteur Icard dans un article intitulé « Du danger de la mort apparente ». « Le plus sévère contrôle, dit-il, a présidé à leurs observations; ils se présentent avec un tel cachet d'authenticité que nous les croyons de nature à porter la conviction dans les esprits les plus sceptiques. »

« Le 23 mars 1902, à 9 heures du matin, Rouzeyrol Antoinette, célibataire, âgée de 25 ans, demeurant à Basteyroux, commune d'Argentat, a été déclarée

décédée le même jour, à 3 heures du matin, et de nouveau déclarée revenue à la vie à 10 heures du matin. » (Extrait des registres de l'état civil de la ville d'Argentat.)

Les registres de l'état civil de la ville de Toulon (Var) portent que « l'acte de décès de la dame Marie Selve, enregistrée comme morte le 26 janvier 1897, a dû être annulé en vertu d'un jugement rendu par le tribunal civil le 2 mars de la même année ».

La déclaration de décès de la dame Selve avait été faite à la mairie de Toulon avec un certificat médical à l'appui attestant que la dame Selve était réellement morte. Or, celle-ci n'était qu'en état de mort apparente et ne mourut réellement que plusieurs jours après, ainsi que l'indiquent les registres de l'état civil.

« Voici deux cas, ajoute Icard, dont l'authenticité est officielle : les incrédules n'ont qu'à consulter, ainsi que nous l'avons fait, les registres de l'état civil d'Argentat et de la ville de Toulon, et ils y trouveront la preuve indéniable qui convient à leur scepticisme. »

Signalons encore le cas du maréchal d'Ornano, pendant la retraite de Russie, retiré encore vivant de la fosse où on venait de le déposer; la grande tragédienne Rachel, passée pour morte durant une croisière et revenant à la vie au moment même où on allait l'immerger.

Enfin, rappelons qu'au cours de l'année 1929 la presse d'informations a relaté plus de vingt cas de

mort apparente avec réveil avant ou pendant les funérailles — dont le prince Masukaka, de Tokio, — et que, depuis le commencement de l'an dernier, trois autres faits viennent d'en être rapportés, l'un à Londres, le 10 janvier, et les autres à Barcelone (1^{er} février) et à Milan (15 mars).

Et naturellement, il ne s'agit là que des cas de rescapés ayant dû leur salut à des circonstances accidentelles ! Il est à supposer qu'il s'en est produit nombre d'autres qui n'ont eu pour témoins que les planches du cercueil et ceux-là on ne les connaîtra jamais !

Pour ne rien omettre, rappelons que les ascètes de l'Inde, connus sous le nom de fakirs, à la suite de phénomènes d'hypnose volontaire, tombent à l'état de sommeil léthargique et ils peuvent rester enterrés dans la tombe plusieurs jours, plusieurs semaines.

Ils sont absolument insensibles aux piqûres.

Il peut arriver principalement chez les hystériques, dans des accès d'extase ou de léthargie, que toutes les manifestations vitales paraissent suspendues et qu'il y ait apparence de mort.

On cite des accès de ce genre qui ont duré plusieurs jours, et que des contractures musculaires, en se joignant aux précédents symptômes, accréditeraient encore plus en erreur, en simulant, en pareil cas, la rigidité cadavérique.

LÉGISLATION RELATIVE A LA CONSTATATION DES DÉCÈS

Les faits de ce genre ne pouvaient passer inaperçus. Les dispositions légales relatives à la mort ont pris toutes les précautions pour prévenir les dangers d'inhumation à l'état de mort apparente.

*Qui tôt ensevelit, bien souvent assassine;
Et tel est cru défunt qui n'en a que la mine...*

MOLIÈRE.

C'est l'inhumation précipitée qui expose au danger d'être enterré vivant, et le délai est la première des garanties contre un péril de ce genre; c'est la plus ancienne de toutes, et le délai était d'autant plus long, que l'on avait une connaissance moins précise des signes de la mort.

En France, le délai légal est de vingt-quatre heures. « Aucune inhumation ne sera faite sans une autorisation, sur papier libre et sans frais, de l'officier de l'état civil, qui ne pourra la délivrer qu'après s'être transporté auprès de la personne décédée pour

s'assurer du décès, et que *vingt-quatre heures après le décès*, hors les cas prévus par les règlements de police (art. 77 du Code civil). » Ce délai de vingt-quatre heures est minimum, la loi ne défend pas d'attendre plus longtemps. L'autorisation d'inhumer ne peut être accordée que vingt-quatre heures (excepté les cas spécifiés par l'ordonnance de police du 3 juillet 1804) après le décès; mais les termes mêmes de la loi avaient permis à la fraude d'en éluder le sens. Le délai courre à dater du moment de la mort, une fausse déclaration anticipe sur le moment et l'inhumation se fait avant le délai légal. A ces abus, le remède était simple et on a fini par l'appliquer, sur la demande réitérée des médecins, c'était de faire partir le délai du moment de la déclaration et non de l'instant de la mort. Un arrêté du préfet de la Seine, 13 octobre 1800, établit que l'inhumation d'un corps ne pourrait avoir lieu qu'après le délai de *vingt-quatre heures expirées* depuis la déclaration du décès faite à la mairie, sauf le cas d'urgence.

Les circulaires du ministre de l'Intérieur du 2 décembre 1863 et du 24 décembre 1866 ont étendu cette interprétation à toute la France. Avec cette interprétation de l'article 77, le délai légal a un minimum invariable de vingt-quatre heures; il peut s'élever jusqu'à trente-six et quarante heures, suivant les heures d'ouverture du bureau de l'état civil, les décès du soir, après la clôture, n'étant déclarés que le lendemain. Le délai légal se rapproche ainsi des conditions exigées par la science; dépasser la durée possible de

la mort apparente; être assez long pour que les signes certains de la mort aient le temps de se produire ; cette seconde condition est évidemment essentielle, tant que les signes certains manquent, il faut rester dans le doute et suspendre l'inhumation. La circulaire du 24 décembre 1866 prévoit ce retard : « Dans le cas où le décès paraîtrait douteux, l'officier de l'état civil retarderait la délivrance du permis d'inhumer, jusqu'à certitude complètement acquise de la mort, par une visite nouvelle et un rapport spécial du médecin vérificateur. »

Une vérification régulière, faite par un homme compétent, est la garantie la plus sûre contre le danger des inhumations précipitées. S'assurer de la mort, comme prescrivait la loi du 20 septembre 1792, ou autrement dit, affirmer que la vie a cessé, c'est faire un diagnostic. En la circonstance, seul le médecin est compétent; seul il peut reconnaître si la mort est réelle ou apparente, si elle est naturelle ou consécutive à un crime ou à un accident.

L'officier d'état civil, à moins qu'il ne soit en même temps médecin, ne peut offrir les garanties de l'homme de l'art.

S'inspirant de cet état de fait, et dans le but de satisfaire à la loi dans son esprit autant que dans son texte, le préfet Frochot prenait, à la date du 13 octobre 1800, un arrêté invitant les maires du département de la Seine « à faire choix dans leur commune d'un ou de deux officiers de santé chargés d'assister l'officier d'état civil dans la constatation des décès,

dont la déclaration aura été faite à la mairie, de sorte que si l'officier d'état civil juge le décès certain, il en sera, sur son rapport, dressé acte; que si le décès n'est pas jugé certain, l'officier d'état civil ordonnera de surseoir à l'ensevelissement jusqu'à certitude complète ».

Un peu plus tard, la loi du 20 septembre 1792 était absorbée par le Code Napoléon et devenait l'article 77 du Code civil que nous avons reproduit ci-dessus.

En vain, dans la discussion du Conseil d'Etat qui précéda l'adoption de cet article, Fourcroi demanda qu'il fut spécifié, que « l'officier de l'état civil, pour constater le décès, serait accompagné des officiers de santé », alléguant comme motif « qu'il était difficile de s'assurer de la mort sans la connaissance réelle de ces signes, qu'on pouvait la confondre avec la léthargie, et qu'il existait des exemples de nombreuses personnes enterrées vivantes », Boulay répondit à cette juste observation, en faisant valoir « qu'il n'y avait pas d'officier de santé partout, et que la pénurie de médecins créait un obstacle à surmonter; qu'il suffisait que la loi sanctionnât l'obligation de la constatation des décès, et qu'à la police restait le soin des mesures à prendre pour faire respecter les prescriptions de la loi. La Cour de cassation, dans ses réserves sur le projet du Gouvernement, fit la même réponse et déclara « que c'est à des règlements locaux à déterminer le mode suivant lequel les officiers de l'état civil s'assurèrent du décès ».

Ainsi, dans l'esprit des jurisconsultes qui eurent à connaître de l'article 77 du Code civil, ou qui le rédigèrent, l'intervention du médecin pour la constatation des décès était tenue pour désirable ; mais elle ne pouvait être rendue nécessaire et obligatoire en raison de la pénurie des médecins.

C'est dans ce sens que, désormais, l'Administration centrale, chargée d'appliquer la loi, interpréta l'article 77 précité, comme en témoignent, d'ailleurs, les circulaires des préfets qui, depuis cette époque, se succédèrent à la tête du département de la Seine ; circulaires qui concluent toutes « à la nécessité, pour l'officier de l'état civil chargé de constater le décès, de se faire assister par un médecin chaque fois que la chose est possible ». Et il s'ensuivit, pour le département de la Seine la création, dans chaque commune, d'un service de la vérification des décès par des docteurs-médecins assermentés, pris exclusivement parmi les praticiens attachés au bureau de bienfaisance.

En 1866, 24 décembre, une circulaire du ministère de l'Intérieur étend cette vérification des décès à toute la France et en fait une obligation et une charge communale. Cette circulaire, « sur les mesures à prendre pour empêcher les inhumations prématurées », entre dans les moindres détails et indique au médecin ce qu'il doit faire pour remplir tout son devoir ; elle indique, en particulier, « qu'aucun certificat établissant la réalité du décès ne pourra être délivré par le

médecin vérificateur avant qu'il n'ait lui-même constaté la putréfaction, signe infaillible de la mort ». Elle indique encore que, « jusqu'à l'expiration du délai légal de 24 heures, le décédé doit être simplement considéré et traité comme un malade, et que, notamment, il est interdit de procéder à l'ensevelissement et à la mise en bière, et de pratiquer, soit l'autopsie, soit toute opération susceptible de transformer la mort apparente en mort réelle » ; elle indique enfin, « comme il est à craindre que les médecins vérificateurs n'apportent quelque négligence dans l'exercice de leurs fonctions, il y a lieu, pour se prémunir contre un pareil danger, d'établir un contrôle des constatations faites par les médecins vérificateurs, contrôle confié à un corps de médecins inspecteurs ».

Tout est donc prévu par la loi et les pouvoirs administratifs dans le but d'écarter le danger de la mort apparente. La loi a voulu « que l'on ne pût rendre le corps à la terre qu'après la certitude absolument acquise de la mort », et les règlements sont empreints « d'un caractère de précaution et de prudence qui témoigne de toute la sollicitude de l'Administration ». Il semble donc que la société doit jouir de toutes les garanties contre l'épouvantable danger de la mort apparente.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi ; les mesures de haute sagesse restent lettres mortes au moins pour la province. On en aura une idée lorsqu'on saura que sur nos 37.000 communes du territoire,

14 seulement sont dotées d'un service de la vérification médicale des décès (Paris, Bordeaux, Toulouse, Nice, Lille, Nancy, Le Havre, Montpellier, Limoges, Dijon, Tours, Besançon, Amiens et Aix-en-Provence). A ces villes il faut ajouter celles où la déclaration de décès n'est acceptée, à l'état civil, qu'accompagnée d'un certificat signé d'un médecin quelconque; celles-ci sont encore moins nombreuses. On en compte douze : Lyon, Marseille, Nantes, Rennes, Brest, Nîmes, Toulon, Saint-Etienne, Rouen, Grenoble, Alger, Saint-Brieuc. Partout ailleurs, en France, il est à peine quelques autres communes où l'on se préoccupe, avant d'enterrer quelqu'un, de savoir s'il est mort et de quoi il est mort. D'où provient cette incurie ? On ne peut pas dire qu'il s'agit là d'une question d'économie; toute commune, si pauvre soit-elle, pourrait inscrire à son budget la somme nécessaire à la vérification médicale du décès de ses habitants. On ne peut pas invoquer non plus, comme on le faisait autrefois, la pénurie de médecins; aujourd'hui, en effet, le nombre élevé des praticiens établis dans les villes, leur dissémination dans les campagnes et la rapidité des moyens de transport, font qu'il n'est pas de centre important ni d'agglomération si petite soit-elle, qui ne puisse, dans le cours du délai légal de vingt-quatre heures séparant le décès de l'inhumation, faire établir par un homme de l'art si les déclarés défunts sont ou ne sont pas véritablement morts. Pour expliquer un tel état de choses, on doit plutôt invoquer la routine et le mépris quelque peu fataliste

pour une éventualité considérée à tort comme exceptionnelle, et enfin peut-être aussi l'inexistence jusqu'à ces dernières années de moyens irréfutables de contrôle de la circulation sanguine, même hyperrallentie.

NÉCESSITÉ D'ÉPREUVES

AFFIRMANT LA MORT

Si la visite médicale de toute personne supposée décédée s'impose toujours comme une nécessité avant la mise en bière, l'obligation, pour le médecin vérificateur du décès, de pratiquer une épreuve nettement déterminée susceptible d'affirmer la réalité de la mort doit en être désormais le corollaire. Sans cette précaution, tout règlement destiné à assurer la vérification des décès manquera complètement le but. En effet, le médecin se familiarisant avec son service et oubliant toute l'importance de la grave mission qui lui est confiée, cessera de se déplacer, et retombant dans l'ancienne routine, recommencera à certifier la réalité de la mort sur la seule affirmation d'un parent ou d'un voisin du défunt.

« Aux erreurs inhérentes aux difficultés mêmes de la constatation des décès, il faut ajouter, dit la circulaire du préfet de la Seine (25 juillet 1884), les difficultés qui peuvent naître des entraînements de l'habitude, de l'indifférence et de la négligence même. »

Il faut que le médecin, appelé à constater un décès, se présente à la maison mortuaire avec un programme à remplir, et il devra, sous sa responsabilité, certifier, sur le bulletin du décès, que ce programme a été suivi scrupuleusement dans tous ses détails et que toutes les épreuves imposées ont été pratiquées.

D'autre part, la création d'un service de médecins d'état civil n'élimine pas complètement le danger des inhumations prématurées, puisque nous n'avons pas de signe absolument constant et fixe de la mort. Pourquoi donc ne choisirait-on pas comme épreuve à imposer aux médecins vérificateurs, une épreuve qui, non seulement l'obligerait à faire une visite réelle auprès du décédé, à l'examiner avec soin, mais encore qui contribuerait à affirmer son diagnostic.

L'ÉPREUVE D'ICARD

Cette épreuve nous la possédons ; c'est l'épreuve d'Icard. Tardieu dit que « les preuves de la persistance de la vie se trouvent dans la persistance de la fonction vitale par excellence, de celle qui appartient aussi bien au fœtus qu'au nouveau-né et qui ne cesse qu'avec la vie elle-même, c'est-à-dire la circulation. Et c'est, du reste, l'opinion de tous les physiologistes qui se sont plus spécialement occupés de cette importante question.

Icard dit que la vie ne saurait persister avec un arrêt complet et prolongé des fonctions de la circulation du sang.

Il faut considérer, d'après Icard, comme définitivement mort celui chez qui pendant vingt-cinq minutes, nous avons constaté un arrêt complet de la circulation du sang. Cette affirmation est la conclusion nécessaire de toutes les observations cliniques de mort apparente dûment constatée et bien étudiée, et aussi la conclusion de tous les travaux de laboratoire qui ont été faits sur cette importante question.

Mais, de quelque courte durée que soit cet arrêt, il n'en est pas moins démontré que la vie peut persister avec un arrêt complet de la circulation du sang. Cette constatation justifie, entre autres reproches, celui d'insuffisance que nous faisons aux différents moyens préconisés jusqu'ici pour établir la preuve de l'arrêt définitif de la circulation, que ces moyens soient l'artériotomie, l'examen direct du fond de l'œil par l'ophtalmoscope, l'instillation dans l'œil d'une goutte d'éther ou d'une solution de dionine, l'auscultation, la cardiopuncture, la mise à nu du cœur...

Le principe biologique qui constitue la base de la méthode Icard, c'est qu'il n'y a pas de retour à la vie possible sans retour de la circulation.

Quel que soit l'état de la mort apparente, tant que cet état ne sera pas la mort réelle, la circulation persistant, tout produit susceptible d'être injecté sera repris par le sang, avec lequel il se mélangera et circulera dans toutes les parties du corps, où on le trouvera à l'aide de procédés spéciaux. Icard, après de nombreux essais, a définitivement arrêté son choix sur la fluorescéine, substance dont l'emploi fait de la

méthode le procédé à la fois le plus simple et le plus sûr pour établir le diagnostic certain de la mort réelle; avec elle pas de manipulation de laboratoire; il suffit de regarder seulement si elle est absorbée, la peau et la muqueuse devinrent jaunes et l'œil prend une magnifique coloration vert émeraude. L'injection intra-veineuse de 7 à 10 c.c. de la solution suivante :

Fluorescéine de Merck.....	5 gr.
Carbonate de soude.....	7 gr. 50
Eau distillée	25 cc. 3

pour l'adulte est bien suffisante. On peut injecter la dose supérieure de 1 cgr. par 1 kil. car la fluorescéine n'est pas toxique. Dans tous les cas de mort apparente susceptibles d'un rappel à la vie, on constatera bien avant la fin de la deuxième heure, l'absorption de la fluorescéine, et cette simple constatation permettra d'affirmer le retour à la vie. Lorsque, par contre, une heure après l'injection, deux heures si l'on veut, on ne constatera aucune coloration caractéristique de l'absorption, on pourra affirmer, sans aucune crainte de se tromper, que la mort est bien certaine.

MM. Brouardel et Lacassagne déclarent que : « le procédé de fluorescéine entre les mains d'un médecin constitue un moyen précieux ».

La Société Française d'Hygiène dans ses séances du 12 février 1897 et du 12 octobre 1900 demandait qu'on en vulgarisât l'emploi, « à cause de la simplicité et de l'ingéniosité du procédé et aussi à cause de la certitude absolue qu'il fournit ».

L'autre signe, dû aussi à Icard et qui a rendu de

grands services pendant la guerre, c'est la forci-
pression. Si on place la pince sur la lèvre et exerçant
une pression progressive durant deux minutes, puis
fixant la pince et la laissant en place six minutes, il se
produit un parcheminement. Si on éclaire par trans-
parence le diaphragme ainsi formé, on constate que
la lumière le traverse très facilement en dessinant un
espace lumineux ayant exactement la forme et les
dimensions des mors de la pince. Si, au bout de
quelques heures, la trace laissée n'est pas modifiée, il
n'y a pas de doute sur la mort.

Icard a ajouté à l'un des mors de sa pince à forci-
pression une pointe qui vient se loger, après avoir
traversé le tissu soumis à l'expérience, dans un trou
qui se trouve à l'autre mors.

Si le sujet est mort, on constate dans la peau un
trou aussi net que si on avait enlevé le morceau à
l'emporte-pièce et si on éclaire par transparence, la
lumière passe comme à travers une petite fenêtre. Si,
au contraire, le sujet est vivant le diaphragme devient
irrégulier, puis, au bout de vingt à trente minutes,
le trou est bouché et ne laisse plus passer la lumière.

Ott décrit l'autre signe qui consiste en ce que si
on fait une brûlure sur un cadavre, on obtient un
plyctène qui ne contient pas du liquide comme on
l'observe chez le vivant.

C'est le signe de la phlyctène gazeuse.

La brûlure obtenue à l'aide de la pointe de feu
sur le vivant donne une eschare superficielle vitable

et humide de lymphe; l'eschare sur le cadavre est sèche.

Nous voyons que les épreuves de contrôle de la mort réelle existent et on n'a pas le droit de les méconnaître.

D'autre part, sans discuter l'authenticité de tous les cas enterrés vivants communiqués par la grande Presse, il nous suffit d'un seul cas bien certain, comme dit le Professeur Chaussier, pour que l'humanité la plus élémentaire exige qu'on emploie tous les moyens propres à constater la mort d'une manière indubitable avant de procéder à tout ensevelissement.

L'EMPLOI DE L'ÉPREUVE

AFFIRMANT LA MORT DOIT ÊTRE

OBLIGATOIRE

La loi veut qu'on ne puisse disposer d'un corps pour l'inhumation ou l'incinération avant que l'on ait acquis la preuve certaine de la réalité de la mort; or, il ne suffit pas pour cela d'un examen rapide et superficiel du cadavre, ou prétendu tel, ne pouvant révéler que des signes de probabilité de la mort (silence du cœur et du poulx, absence de la respiration, insensibilité, refroidissement, rigidité), il faut encore, et de toute nécessité, que l'examen soit approfondi et complet, et surtout scientifique, c'est-à-dire accompagné d'épreuves de contrôle permettant de conclure ou non à la certitude du décès.

Pour assurer la sécurité des vies humaines au jour fatal venu comme aussi pour apaiser les angoisses légitimes de la multitude que hante la peur de l'inhumation prématurée, il est nécessaire, comme demandait M. Fié, député, dans son rapport du 20 novembre

1930, que ces épreuves de contrôle soient connues, vulgarisées et réglementées.

Les Pouvoirs publics doivent s'y employer, après avoir pris l'avis autorisé des sociétés savantes sur la valeur des procédés susceptibles d'être retenus et préconisés et, parmi elles, plus particulièrement l'Académie de Médecine et l'Académie des Sciences.

CONCLUSIONS

1) La réalité d'inhumations précipitées, tant dans le présent que dans le passé, est bien établie, quoiqu'elle soit exceptionnelle.

2) Le meilleur signe de la mort, à savoir la putréfaction, nécessitant les inhumations tardives, il y a lieu de faire appel à une des épreuves médico-scientifiques apportant la certitude de la mort, pour permettre une inhumation dans un court délai, notamment dans le délai légal actuel.

3) L'obligation de l'emploi de telles épreuves devrait être prévue dans la législation relative à la constatation des décès.

4) Parmi elles, celle de la fluorescéine paraît la plus sûre actuellement.

Vu :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

Vu Bon à imprimer :

Le Président de Thèse,

L. TANON.

Vu et PERMIS d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- BALTHAZARD. — *Précis de Médecine légale.*
- BAUDIN. — *La constatation de la mort réelle par les médecins de l'état civil.*
- BICHAT. — *Recherches sur la Vie et la Mort.*
- BIGOT DE ZOZEN et VANDERSTRAETEN. — *Du danger des inhumations précipitées.*
- B. O. — *Certificat de décès, Presse Médic. Belge.*
- BOUCHUT. — *Traité des signes de la mort.*
- BOURDEAU. — *Le problème de la mort.*
- BOURDIN. — *La constatation des décès.*
- BROUARDEL. — *La mort et mort subite.*
- *Annales Hygiène publique, 1906, t. V.*
- BUGHOLZ. — *Du danger de l'inhumation précipitée.*
- CHAUSSIER. — *Vivants crus morts.*
- CARRÉ. — *Thèse de Paris.*
- DUFOUR. — *Annales d'Hygiène.*
- GANNOL. — *Moyens de distinguer la mort réelle de la mort apparente.*
- GAUBERT. — *Péril de l'inhumation précipitée en France.*
- GIRAUD. — *Sur les signes de la mort.*
- HAMON. — *Note sur la mort apparente.*
- ICARD. — *Mort réelle et la mort apparente. Presse Médicale 1904.*
- LARREY. — *Inhumations précipitées, An. nyy. publ., t. XXVII.*
- LENORMAND. — *Inhumations précipitées.*
- LÉONARD. — *Thèse de Paris 1922.*
- GHEORGUIOU. — *Thèse de Paris 1910.*
- MEISSIER. — *Recherches et observations sur la question de la mort apparente.*

PARROT. — *Mort apparente.*

PESSONNIER. — *Etude des signes de la mort.*

STAPPAERTS. — *Quels sont les moyens que la médecine et la police sanitaire doit employer pour prévenir les erreurs dangereuses des enterrements précipités.*

STOCHIS. — *Signes de la mort.*

VARIGNY. — *La mort apparente et inhumations précipitées.*

VIGNÉ. — *Principales maladies qui peuvent donner lieu aux inhumations précipitées.*

WINSLOW. — *Dissertation sur l'incertitude des signes de la mort.*

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉAMBULE	9
Définition de la mort apparente. Ses causes.....	11
Exemples d'inhumations prématurées.....	14
Législation relative à la constatation des décès.....	23
Nécessité d'épreuves affirmant la mort.....	31
L'emploi de l'épreuve affirmant la mort doit être obli- gatoire	37
CONCLUSIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	40
